

KEES KORRELBOOM | ERIK TEN BROEKE

Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie

Handboek voor theorie
en praktijk



uitgeverij
coutinho

Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie

Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie

Handboek voor theorie en praktijk

Kees Korrelboom
Erik ten Broeke

Tweede, herziene druk

uitgeverij | C
coutinho

bussum 2023

© 2004/2014 Uitgeverij Coutinho bv

Alle rechten voorbehouden.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (www.reprorecht.nl). Voor de readerregeling kan men zich wenden tot Stichting UvO (Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties, www.stichting-uv.nl). Voor het gebruik van auteursrechtelijk beschermd materiaal in knipselkranten dient men contact op te nemen met Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, www.stichting-pro.nl).

Eerste druk 2004

Tweede, herziene druk 2014, zesde oplage 2023

Uitgeverij Coutinho

Postbus 333

1400 AH Bussum

info@coutinho.nl

www.coutinho.nl

Omslag: studio Pietje Precies bv, Hilversum

Noot van de uitgever

Wij hebben alle moeite gedaan om rechthebbenden van copyright te achterhalen. Personen of instanties die aanspraak maken op bepaalde rechten, wordt vriendelijk verzocht contact op te nemen met de uitgever.

ISBN 978 90 469 0381 0

NUR 777

Voorwoord

Als opvolger van het succesvolle *Basiskennis voor de praktijk van de psychotherapie, Gedragstherapie* (Korrelboom & Kernkamp, 1993) bleek onze *Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie, Handboek voor theorie en praktijk* (Korrelboom & Ten Broeke, 2004) al snel een standaardwerk te zijn voor de cognitieve gedragstherapie in Nederland. Vele duizenden exemplaren zijn ervan verkocht. Het boek wordt gebruikt in legio cursussen en opleidingen en is bovendien een inspiratiebron voor veel ervaren therapeuten. Ontwikkelingen binnen de cognitieve gedragstherapie en de klinische psychologie nopen niettemin inmiddels tot een grondige update.

Deze druk is dan ook geheel herzien. Geen bladzijde is hetzelfde gebleven. Veel van de nieuwste inzichten binnen de experimentele psychologie (voor zover relevant voor de psychotherapie) en de klinische psychologie zijn in dit boek verwerkt. Ook de lijst met referenties is geheel vernieuwd en uitgebreid.

Er is in deze nieuwe druk uitgebreider plaats ingeruimd voor de experimenteel wetenschappelijke achtergronden van psychotherapie in het algemeen en van cognitieve gedragstherapie in het bijzonder. Zo wordt uitvoerig stilgestaan bij impliciete cognitieve processen. Waar een aantal recensenten van de eerste druk erop wees dat te veel waarde werd gehecht aan contraconditionering, waarover wij als auteurs weliswaar erg enthousiast zijn, maar die destijds nog op weinig empirische onderbouwing kon bogen, ligt de zaak inmiddels toch wel anders. Onze opvattingen over contraconditionering worden in dit boek verder uitgewerkt en genuanceerd, terwijl de nodige empirische onderbouwing wordt geciteerd voor de effectiviteit van (mede) op contraconditionering gebaseerde interventies.

Aan een ander kritiekpunt is eveneens tegemoetgekomen: het inderdaad nogal kunstmatige apart bespreken van een aantal 'klassieke cognitieve' strategieën is losgelaten. 'Klassieke cognitieve therapie' is nu geheel en al geïntegreerd met de algemene cognitief-gedragstherapeutische werkwijze die wij in dit boek voorstaan.

Een aantal cursisten en docenten misten in de eerste druk terecht een tekst over de holistische theorie (HT). In hoofdstuk 7 geven wij onze visie op het gebruik van de HT, in samenhang met de visie van andere auteurs daarop.

Een laatste belangrijke verandering in deze nieuwe druk betreft de uitbreiding van de zoekschema's van functieanalyse (FA) en betekenisanalyse (BA). Hoewel sommige recensenten er terecht op hebben gewe-

zen dat de empirische status van FA en BA vooralsnog erg bescheiden is, zijn wij van mening dat CGT niet zonder individuele analyseschema's kan en ook niet zonder zou moeten willen. Hoe belangrijk DSM-classificaties ook zijn om een keuze te kunnen maken voor bewezen effectieve interventies en hoezeer we er ook van overtuigd zijn dat nog veel winst valt te behalen door deze bewezen effectieve interventies op de juiste wijze toe te passen, een psychotherapeut zal niet alleen moeten weten *wat* (meestal) werkt, hij zal ook een idee moeten hebben *waardoor* interventies (waarschijnlijk) werken. Die kennis zal het optimaal toepassen van interventies ten goede komen, zeker als het verwachte effect in eerste instantie tegenvalt. Juist voor dat laatste zijn de experimentele psychologie en psychopathologie en de daaruit afgeleide zoekschema's (waaronder FA en BA) onontbeerlijk. FA's en BA's nemen dus ook in deze tweede druk een centrale plaats in. Sterker nog, we hebben deze zoekschema's verder aangevuld. Naast de sequentiële en referentiële associaties binnen de BA hebben we met name verfijningen en uitbreidingen aangebracht binnen deze twee hoofdcategorieën. We denken dat het diagnostisch denken van de clinicus hierdoor verder wordt aangescherpt. Wij menen dat de keerzijde van dit voordeel (hoe verfijnder en subtieler de diagnostiek, des te groter het risico op zinloos doordiagnosticeren in plaats van te interveniëren) kan worden ingeperkt. Daarvoor geven wij in de tekst op diverse plaatsen handvatten en suggesties.

Door alle theoretische wijzingen, uitbreidingen en aanvullingen heen, blijft GCGT ook in deze tweede geheel herziene versie toch vooral in belangrijke mate een boek voor gebruik in de praktijk. Vele diagnostische procedures en interventies worden daarom in uitgebreide stappenplannen beschreven. Een en ander wordt ondersteund door praktische verbatim verslagen, die zowel in een didactische als in een meer socratische interactionele stijl worden gepresenteerd.

Wij vermoeden dat onze stellingnames, keuzes en beschrijvingen met betrekking tot psychotherapie in het algemeen en CGT in het bijzonder ook deze keer kritische reacties zullen oproepen uit het veld en dat die kritische reacties weer tot verdere aanscherpingen en verfijningen binnen het vakgebied zullen leiden.

Kees Korrelboom, Honselersdijk
Erik ten Broeke, Bathmen
maart 2014

Inhoudsopgave

1	Cognitieve gedragstherapie, psychotherapie en integratie; uitgangspunten en plaatsbepaling	17
1.1	Inleiding	17
1.2	Definitie	19
1.3	Psychotherapie, cognitieve gedragstherapie en psychologische hulpverlening; een zeer beknopte geschiedenis	22
1.3.1	De beginfase (ongeveer tussen 1900 en 1970)	22
1.3.2	De consolidatiefase (ongeveer tussen 1970 en 2000)	23
1.3.3	De huidige fase (vanaf ongeveer 2000)	25
1.4	De basis van een geïntegreerd vertrekpunt voor psychologische behandelingen: psychologische wetenschap en cognitieve gedragstherapie	30
1.4.1	Bewezen effectiviteit	31
1.4.2	Wetenschappelijke attitude	32
1.4.3	Efficiëntie	33
1.4.4	Bereidheid tot het 'plegen van diefstal'	33
1.4.5	Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie	34
1.5	Fases en niveaus in de behandeling	35
1.5.1	De verschillende fases in een therapie	36
1.5.2	De verschillende niveaus in een therapie	37
1.6	Conclusies	39
2	Invloeden vanuit de praktijk; integratie van gedragstherapie met cognitieve therapie	41
2.1	Inleiding	41
2.2	Gedragstherapie	42
2.2.1	De eerste gedragstherapeuten	42
2.2.2	Het orthodoxe behaviorisme wordt verlaten	44
2.3	Cognitieve therapie	46
2.3.1	Het cognitieve model	47
2.3.2	Kernopvattingen	48
2.3.3	Intermediaire opvattingen	49
2.3.4	Automatische gedachten	50
2.3.5	Theorie en praktijk van Becks model in een notendop	53

2.4	Cognitieve gedragstherapie	54
2.4.1	Integratie vanuit de therapeutische praktijk	55
2.4.2	Integratie vanuit fundamenteel-theoretische ontwikkelingen	55
2.4.3	Integratie vanuit effectonderzoek	56
2.4.4	Cognitieve gedragstherapie in de praktijk	56
2.5	Conclusies	61
3	Invloeden vanuit de wetenschap (I); de leertheorie	63
3.1	Inleiding	63
3.2	Drie leerparadigma's	65
3.3	Herhaalde blootstelling aan dezelfde prikkel: habituatie, sensitisatie, latente inhibitie en US-pre-exposure	66
3.3.1	Procedure	67
3.3.2	Bevindingen	67
3.3.3	Verklaringen	69
3.3.4	Relevantie voor psychopathologie en psychotherapie	70
3.4	Herhaalde blootstelling aan twee stimuli: klassieke conditionering	72
3.4.1	Procedure	73
3.4.2	Bevindingen	77
3.4.3	Verklaringen	79
3.4.4	Relevantie voor psychopathologie en psychotherapie	83
3.5	Herhaalde blootstelling aan de consequenties van gedrag: operante of instrumentele conditionering	86
3.5.1	Procedure	90
3.5.2	Bevindingen	95
3.5.3	Verklaringen	99
3.5.4	Relevantie voor psychopathologie en psychotherapie	100
3.6	Interactie van de verschillende leerparadigma's	102
3.7	Conclusies	104
4	Invloeden vanuit de wetenschap (II); informatieverwerking en emotie	105
4.1	Inleiding	105
4.2	Onderscheid cognitieve therapie en cognitieve psychologie	106
4.3	Cognitie en emotie	108
4.4	Waarneming	112
4.4.1	Klinische relevantie en praktische consequenties	115
4.5	Aandacht	116
4.5.1	Klinische relevantie en praktische consequenties	120
4.6	Geheugen	121
4.6.1	Klinische relevantie en praktische consequenties	127

4.7	Redenering en interpretatie	130
4.7.1	Klinische relevantie en praktische consequenties	136
4.8	De organisatie van het emotieproces	139
4.8.1	Emotionele representatie	140
4.8.2	Klinische relevantie en praktische consequenties	146
4.8.3	Langs bio-informatietheorie	148
4.8.4	Klinische relevantie en praktische consequenties	152
4.9	Conclusies	154

5 Invloeden vanuit de wetenschap (III); integratie van cognitieve gedragstherapie met sociale psychologie 157

5.1	Inleiding	157
5.2	Sociale beïnvloeding: het veranderen van bestaande attitudes en opinies	159
5.3	Sociaal leren	161
5.3.1	Relevantie voor psychotherapie	162
5.4	Attributie en zelfperceptie	163
5.4.1	Relevantie voor psychotherapie	166
5.5	Groepsdruk	167
5.5.1	Relevantie voor psychotherapie	168
5.6	Cognitieve dissonantie	169
5.6.1	Relevantie voor psychotherapie	169
5.7	Regels voor verleiding en samenwerking	170
5.7.1	Relevantie voor psychotherapie	171
5.8	Wederkerige beïnvloeding: Leary's interpersoonlijke model	171
5.8.1	Relevantie voor psychotherapie	174
5.9	Enkele noties uit de systeemtheorie	174
5.9.1	Hiërarchie en grenzen	175
5.9.2	Communicatie	176
5.9.3	Relevantie voor psychotherapie	178
5.10	Conclusies	179

6 Een tussenbalans; uitgangspunten en contouren van geïntegreerde cognitieve gedragstherapie 183

6.1	Inleiding	183
6.2	Leren, cognitieve verwerking en psychotherapie in breed perspectief	184
6.3	Leren, cognitieve verwerking en psychotherapie in minder breed perspectief	187
6.4	Cognitieve gedragstherapie	192
6.4.1	Cognitieve gedragstherapie als psychotherapie	192
6.4.2	Cognitieve gedragstherapie als proces	194

6.4.3	Therapie en begeleiding	195
6.4.4	Therapie en crisisinterventie	196
6.4.5	Niveaus en fases in cognitieve gedragstherapie	198
6.4.6	Geïndividualiseerde en gestandaardiseerde behandelingen	200
6.5	Conclusies	203
7	Cognitief-gedragstherapeutisch proces; een overzicht	207
7.1	Inleiding	207
7.2	Niveaus en fases in het cognitief-gedragstherapeutisch proces	207
7.3	Eerste fase: diagnostiek	209
7.3.1	Kennismaking, inventarisatie en kwantificering van klachten en problemen, voorlopige hulpvraag en behandeldoelen; en classificerende diagnostiek	211
7.3.2	Verklarende functionalistische diagnostiek: holistische theorie (HT), functieanalyses (FA's) en betekenisanalyses (BA's)	219
7.3.3	Definitieve hulpvraag en behandeldoel	237
7.3.4	Voorlichting over het ziektebeeld en de behandeling	239
7.3.5	Ontwikkelen en vaststellen van een behandelplan	240
7.4	Tweede fase: interventies	241
7.4.1	Therapeutische oefeningen en andere interventies	242
7.4.2	Evaluatie en bijstellen	245
7.5	Derde fase: afsluiting	246
7.5.1	Evaluatie	247
7.5.2	Afsluiten van therapie	248
7.5.3	Afsluiten van mislukte behandelingen	250
7.5.4	Voortzetten van noodzakelijke maar 'uitzichtloze' behandelingen	252
7.6	Conclusies	254
8	Diagnostiek van aangrijpingspunten (I); DSM-classificatie	257
8.1	Inleiding	257
8.2	Doelen van diagnostiek	258
8.3	Voor- en nadelen van DSM-classificatie	261
8.4	Classificatie volgens DSM	267
8.4.1	As-I: symptoomstoornissen	269
8.4.2	As-II: persoonlijkheidsstoornissen	272
8.4.3	As-III: algemene medische condities	275
8.4.4	As-IV: psychosociale problemen en problemen in de leefomgeving	276
8.4.5	As-V: globale inschatting van het algemeen functioneren	276
8.5	Conclusies	278

9	Diagnostiek van aangrijpingspunten (II); de functieanalyse	279
9.1	Inleiding	279
9.2	Het vertrekpunt van de functieanalyse	284
9.3	Het schema van de functieanalyse	286
9.3.1	De R	289
9.3.2	De vermeende positieve en de feitelijke negatieve gedragsconsequenties	293
9.3.3	De Sd	297
9.3.4	De $\longrightarrow$, de associatie tussen gedrag en (gepercipieerde) consequenties	299
9.4	Stappenplan bij het opstellen van functieanalyses	300
9.4.1	Stap 1: identificeren van het problematische gedrag (R)	302
9.4.2	Stappen 2 en 3: het bepalen van de bekrachtigers (Sr en feitelijke Sr-neg) en het toetsen ervan	304
9.4.3	Stap 4: is de bekrachtiger een CS of een US?	310
9.4.4	Stap 5: bepalen van de aard van de associatie: sequentieel ($\longrightarrow$) of zelfs causaal ($\Longrightarrow$); overbetrokken ($\Longrightarrow$) of onderbetrokken ($\cdots\longrightarrow$)?	313
9.4.5	Stap 6: bepalen van de context (Sd)	315
9.4.6	Stap 7: kan al worden geïntervenieerd?	316
9.5	Therapeutische maatregelen die uit de functieanalyse kunnen voortvloeien	318
9.6	Conclusies	320
10	Diagnostiek van aangrijpingspunten (III); de betekenisanalyse	323
10.1	Inleiding	323
10.2	Het vertrekpunt van de betekenisanalyse	324
10.3	Het schema van de betekenisanalyse	326
10.3.1	De CS	327
10.3.2	De US/UR-representatie	333
10.3.3	De associatie tussen CS en US/UR-representatie: sequentieel/ causaal of referentieel/identiteit; overbetrokken of onderbetrokken?	338
10.3.4	De CR	345
10.4	Stappenplan bij het opstellen van betekenisanalyses	347
10.4.1	Stap 1: identificeren van de problematische situatie (CS) of emotie (CR)	347
10.4.2	Stap 2: bepalen van de bijbehorende CR (of CS, indien de CR het vertrekpunt was)	353
10.4.3	Stap 3a: formuleren van een globale hypothese over de US/UR-representatie	356

10.4.4	Stap 3b: vaststellen of de US/UR-representatie een kernegebeurtenis of een kernthema is	365
10.4.5	Stap 3c: vaststellen of de kernegebeurtenissen die aan een kernthema ten grondslag liggen in een archief moeten worden opgenomen	367
10.4.6	Stap 3d: vaststellen of de US/UR-representatie in representatieniveaus moet worden ingedeeld	370
10.4.7	Stap 4a: bepalen van de aard van de associaties tussen CS en US/UR-representatie	375
10.4.8	Stap 4b: vaststellen of de mate van (over- of onder)betrokkenheid op de US/UR-representatie moet worden weergegeven	385
10.4.9	Stap 5: toetsen van de houdbaarheid van de hypothesen	388
10.4.10	Stap 6: 'Kan er al worden geïntervenieerd?'	389
10.5	Conclusies	393
11	Diagnostiek van aangrijpingspunten (IV); registraties	397
11.1	Inleiding	397
11.2	Algemene kenmerken van registratieopdrachten	397
11.2.1	Twee doelen	397
11.2.2	Effect op klachten	398
11.2.3	Eigen gedrag of dat van een ander?	399
11.2.4	Goede of juist slechte dingen?	400
11.2.5	Serius nemen	401
11.3	Frequentie- en tijdsduurregistraties	403
11.4	Registraties rond vóórkomen en bezinning	405
11.5	Het gedachterapport (fase 1)	409
11.6	Keuze van de registratiemethode	414
11.7	Conclusies	415
12	Aangrijpingspunt van de behandeling (I); interventies die sequentiële relaties falsificeren	419
12.1	Inleiding	419
12.1.1	Indeling interventiehoofdstukken 12, 13, 14 en 15	419
12.1.2	Interventies die sequentiële relaties falsificeren: overzicht	422
12.2	Algemene interventies die óók disfunctionele verwachtingen falsificeren	424
12.2.1	Het gedachterapport (fase 2)	424
12.3	Interventies specifiek ontwikkeld om disfunctionele verwachtingen te falsificeren bij aversieve prikkels	433
12.3.1	Exposure in vivo als gedragsexperiment	437
12.3.2	Responspreventie	456

12.4	Interventies specifiek ontwikkeld om disfunctionele verwachtingen te falsificeren bij appetitieve prikkels	472
12.4.1	Cue exposure	472
12.5	Conclusies	477
13	Aangrijpingspunt van de behandeling (II); interventies die direct of indirect de emotionele betekenis van de US/UR-representatie herevalueren	481
13.1	Inleiding	481
13.2	Generieke interventies die de betekenis van de US/UR-representatie rechtstreeks herevalueren	482
13.2.1	Het gedachterapport (opnieuw)	482
13.2.2	Meerdimensionaal evalueren	484
13.2.3	Het taartdiagram	489
13.2.4	Gedragsexperimenten voor het herevalueren van de US/UR-representatie	492
13.2.5	Symbolisch schrijven	499
13.3	Directe specifieke strategieën om de US/UR-representatie te herevalueren	510
13.3.1	Desensitisatie van traumatische herinneringen en herbelevingen met imaginaire exposure	511
13.3.2	Desensitisatie van traumatische herinneringen en herbelevingen met eye movement desensitization and reprocessing	518
13.3.3	Desensitisatie van een flash forward met behulp van EMDR	524
13.3.4	Imaginaire rescripting	528
13.4	Indirecte strategieën om de US/UR-representatie te herevalueren	534
13.4.1	Contraconditionering	535
13.4.2	Competitive memory training (COMET)	541
13.5	Interpretatiebias-modificatietraining als experimentele interventie	550
13.5.1	Interpretatiebias-training	550
13.6	Conclusies	554
14	Aangrijpingspunt van de behandeling (III); interventies die zijn gericht op het versterken van gedrag en vaardigheden	557
14.1	Inleiding	557
14.2	Het aanleren van coping en andere vaardigheden	559
14.2.1	COMET bij paniek(aanvallen)	560
14.2.2	Zelfcontrole: impulscontrole	571
14.2.3	Socialevaardigheidstraining (SVT)	581

14.3	Het versterken en op de juiste momenten inzetten van functioneel gedrag	589
14.3.1	Contingentiemanagement bij verslaving	590
14.3.2	Gedragsactivering	593
14.3.3	Opzetten van actieplannen of geven van gedragsadviezen	598
14.4	Approach-avoidance-training als experimentele interventie	602
14.4.1	Approach-avoidance-training (AAT)	602
14.5	Conclusies	606
15	Aangrijpingspunt van de behandeling (IV); aandachtsmanipulatie, afstand nemen en acceptatie	607
15.1	Inleiding	607
15.1.1	Derdegeneratiegedragstherapie?	609
15.1.2	Enkele conclusies en een standpuntbepaling	617
15.2	Specifieke technieken die betrokkenheid van de patiënt op bepaalde onderwerpen beïnvloeden	619
15.2.1	Attention training technique (ATT)	619
15.2.2	Taakconcentratietraining (TCT)	625
15.2.3	Competitive memory training (COMET) bij loslaten	631
15.2.4	Aandachtsbias-modificatietraining (AMT) als experimentele interventie	642
15.3	Conclusies	646
16	Context van de behandeling; taxatie en interventies	649
16.1	Inleiding	649
16.2	Format en structuur	650
16.2.1	Format waarin de behandeling plaatsvindt	650
16.2.2	De structuur van de behandeling	653
16.3	Therapeutfactoren	658
16.4	Relationele factoren	661
16.4.1	De socratische dialoog	664
16.4.2	Motiverende gespreksvoering	666
16.4.3	Een 'didactisch-directieve' therapeutische relatie	670
16.4.4	Een specifiek analysemodel om de therapeutische relatie op maat te snijden: het Leary-Beck-schema	682
16.5	Conclusies	697

17	Therapeutisch systeem; diagnostiek en interventies	699
17.1	Inleiding	699
17.1.1	Het systemisch niveau in psychotherapie	699
17.1.2	Cognitief-gedragstherapeutische partnerrelatietherapie bij partnerrelatieproblemen	701
17.1.3	Cognitief-gedragstherapeutische gezinstherapie bij gezinsproblemen	702
17.1.4	Inschakelen van partners en gezinsleden bij primair individuele problematiek	703
17.2	Twee systemische invalshoeken: organisatie en communicatie	705
17.2.1	Organisatie van het systeem	705
17.2.2	Communicatie binnen het systeem	707
17.3	De omgeving als veroorzaker of versterker van psychische problemen	709
17.3.1	De omgeving als primaire oorzaak	709
17.3.2	De omgeving als (mede-)uitlokker of versterker van psychische problemen	711
17.4	De omgeving als lijdend voorwerp van de psychische problemen van de patiënt	716
17.5	De omgeving als hulpbron bij het reduceren van psychische problemen	719
17.6	Het inpassen van een systemische visie binnen een primair individueel behandel aanbod	721
17.7	Conclusies	724
	Noten	727
	Bibliografie	739
	Personenregister	789
	Zakenregister	802
	Over de auteurs	815
	Dankbetuiging	816

Cognitieve gedragstherapie, psychotherapie en integratie; uitgangspunten en plaatsbepaling

1

1.1 Inleiding

Dit boek gaat over (geïntegreerde) cognitieve gedragstherapie. Het is een handboek dat als handleiding wil dienen voor zowel de beginnende als de meer ervaren therapeut. Er wordt omschreven wat (geïntegreerde) cognitieve gedragstherapie is, hoe die zich heeft ontwikkeld, wat zij waard is en hoe zij moet worden uitgevoerd. In dit eerste hoofdstuk wordt daartoe een eerste aanzet en plaatsbepaling gegeven. Daarbij gaat het om definities, de relatie met andere soorten psychotherapie en psychologische hulpverlening en een beknopte kennismaking met enkele uitgangspunten van (geïntegreerde) cognitieve gedragstherapie. Dit boek gaat uit van twee vertrekpunten.

Het eerste vertrekpunt voor geïntegreerde cognitieve gedragstherapie is dat het geen teken van kracht en vitaliteit is dat er zoveel verschillende soorten psychotherapie bestaan. Dit boek gaat ervan uit dat op termijn tot een geünificeerde psychotherapie kan (en moet) worden gekomen. Dat zou betekenen dat er geen aparte psychotherapiescholen en -methodieken meer bestaan, maar dat er een breed geaccepteerde *body of knowledge* is waarop alle psychotherapeuten hun handelen baseren. Die *body of knowledge* zou niet moeten worden gevormd door alle bestaande soorten psychotherapie met elkaar te vermengen, door vooral te zoeken naar wat die psychotherapieën verenigt, of door een soort *all star team* te formeren uit het beste wat al die therapieën hebben voortgebracht, zoals de Integratieve psychotherapie doet (Colijn, Snijders & Trijsburg, 2009). De auteurs stellen dat de kern van de psychotherapie-integratie allereerst moet worden gezocht binnen de academische psychologische wetenschap. Daar is steeds de beste en meest actuele kennis beschikbaar over emotie, cognitie, leren, geheugen, aandacht, en allerlei andere psychische functies en de ontwikkeling daarvan die voor de psychotherapie van belang zijn. Op basis van die academische psychologische kennis zou de geünificeerde psychotherapie vervolgens wel gebruik moeten maken van procedures en interventies die binnen de verschillende psychotherapieën zijn ontwikkeld, waarbij vanzelfsprekend de voorkeur moet worden gegeven aan die methoden en procedures waarvan de effectiviteit is aangetoond en die dus *evidence based* zijn.

geünificeerde
psychotherapie
psychotherapie-
scholen

Integratieve
Psychotherapie

De cognitieve gedragstherapie wordt in dit boek beschouwd als het hart van de (toekomstige) geünificeerde psychotherapie. Van alle methodieken is cognitieve gedragstherapie immers het meest gelieerd aan de academische psychologie. Haar indicatiegebied en toepassingsmogelijkheden binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn veruit het breedst en zij moet het meest worden geïdentificeerd met het streven naar bewezen effectiviteit. Die keuze impliceert echter niet dat cognitieve gedragstherapie moet worden gezien als een van de rest van de therapeutische wereld afgescheiden monument, of als een methode die in strijd met andere methoden vooral haar eigen voortbestaan moet nastreven. Cognitieve gedragstherapie wordt in dit boek juist gezien als een evoluerende, zich telkens weer vernieuwende, denk- en werkwijze die openstaat voor inzichten, bevindingen en methoden die ook buiten de cognitieve gedragstherapie zijn ontwikkeld, zolang deze maar voldoende wetenschappelijk zijn onderbouwd. Om die reden wordt in de titel (en op een aantal andere plaatsen in het boek) het woord 'geïntegreerde' toegevoegd aan 'cognitieve gedragstherapie'.

Vooralsnog wordt geïntegreerde cognitieve gedragstherapie daarbij allereerst gezien als volgens de regelen der kunst uitgevoerde cognitieve gedragstherapie, waarbij men echter tegelijkertijd een open en kritisch oog blijft houden voor nieuwe ontwikkelingen binnen de academische psychologie en andere therapeutische benaderingen. Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie staat dan ook liberaal tegenover het gebruik en zelfs integreren van allerlei 'wezensvreemde' methoden. Cognitieve gedragstherapeuten zouden methoden als *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), interpersoonlijke psychotherapie (IPT) en *mindfulness* niet moeten afwijzen omdat ze 'geen cognitieve gedragstherapie zijn' en 'niet binnen de cognitieve gedragstherapie zijn ontwikkeld'. Uiteindelijk zou men zelfs bereid moeten zijn de eigen methodiek aan de wilgen te hangen wanneer andere methoden beter blijken te werken. De bewezen effectiviteit is het enige criterium dat telt om een methode wel of niet toelaatbaar te achten. Tussen cognitief gedragstherapeuten bestaat de nodige discussie over dergelijke kwesties (De Groot & Schooneveld, 2007; Korrelboom, 2004a; 2005; 2007; Korrelboom, Ten Broeke & Verbraak, 2007; Orlemans, 2004; Wippoo, 2004; Van den Hout, 2007; Veeninga, 2007). Binnen inzichtgevende kringen daarentegen, lijkt de vraag of men effectief gebleken methoden moet gaan toepassen die daar 'wezensvreemd' zijn, zoals *exposure*, 'responspreventie' en 'paniekmangement', veel minder te spelen.

Het tweede vertrekpunt van dit boek, dat enigszins met het eerste samenhangt, is dat psychotherapie hier allereerst wordt beschouwd als een methode, werkwijze of procedure, die niet automatisch met een apart vak moet worden geïdentificeerd. GZ-psychologen worden opgeleid in psychotherapeutische procedures maar mogen zich geen psychotherapeut noemen. Het schept intern en extern weinig helderheid dat er apart op-

geleide psychotherapeuten bestaan die dikwijls in onderling sterk verschillende methodieken zijn geschoold, terwijl iemand die jarenlang is opgeleid binnen een van de psychotherapiemethodieken dan weer niet automatisch psychotherapeut is. De wirwar van benamingen, bevoegdheden en kwalificaties komt voort uit het door elkaar heen lopen van vakinhoudelijke zaken en de belangen van beroepsgroepen. Dit boek gaat over het vak psychotherapie en niet over de diverse beroepsgroepen die zich daar wel of niet mee zouden mogen bezighouden en die zich wel of niet psychotherapeut zouden mogen noemen. Discussies over dit soort beroepsmatige aspecten zijn belangrijk, maar moeten elders worden gevoerd. Hier staat de inhoud van het vak centraal. In dit opzicht is de term psychotherapie nogal beladen, omdat zij sterk verweven is geraakt met beroepsidentiteit en competentiestrijd. Wat dat betreft zou een consequent gebruik van een term als ‘psychologische behandelingen’ wellicht neutraler en beter zijn (Barlow, 2004). Omdat de term ‘psychotherapie’ echter zo sterk is ingeburgerd, zal in het vervolg toch meestal voor die term worden gekozen, waarbij de lezer zich moet realiseren dat ‘psychotherapie’ dan verwijst naar procedures en handelingen die vooralsnog niet exclusief moeten zijn voorbehouden aan specifieke beroepsgroepen.

het vak
psychotherapie

psychologische
behandelingen

1.2 Definitie

Cognitieve gedragstherapie is een van de vele psychotherapieën. Omdat er zoveel psychotherapieën zijn, bestaan er ook de nodige definities van. In het vervolg wordt uitgegaan van de volgende definitie:

definitie
psychotherapie

Cognitieve gedragstherapie (psychotherapie) is een proces waarbij een therapeut op transparante en met de patiënt vooraf overeengekomen wijze, zo veel mogelijk in de wetenschappelijke (klinische) psychologie verankerde en zo veel mogelijk effectief gebleken kennis en methoden toepast om de emotionele en/of gedragsproblemen van de patiënt duurzaam en relevant te reduceren.

Kernwoorden in deze definitie zijn *proces*, *transparant*, *wetenschappelijke (klinische) psychologie*, *effectief* en *emotionele en/of gedragsproblemen*.

Met *proces* wordt bedoeld dat hetgeen zich afspeelt tussen patiënt en therapeut meer is dan een uitwisseling van vraag en advies. Wie iemand die zich niet in de openbare ruimte durft te begeven zonder meer adviseert om net zolang op straat te blijven lopen totdat hij er voldoende van overtuigd is geraakt dat er geen vreselijke dingen met hem zullen gebeuren, geeft wellicht een verstandig advies, maar het kan moeilijk therapie worden genoemd. In een therapie wordt de hulpvraag van de patiënt toch ten minste nader verkend aan de hand van een aantal diagnostische

proces
psychotherapie

vragen. Daarnaast wordt het uiteindelijke advies ingekleed in een specifieke toelichting die de patiënt moet helpen en stimuleren om het therapeutisch advies zo goed mogelijk toe te passen. Ten slotte vindt evaluatie plaats van de resultaten. Afhankelijk van die resultaten kan al dan niet een vervolgadvis worden gegeven. Hoewel alle fases betrekkelijk kort kunnen duren, is er in een psychotherapie toch altijd sprake van een diagnostische fase, een advies- of interventiefase en een evaluatiefase.

transparant

Transparant wil zeggen dat de werkwijze van de therapeut geen geheimen heeft. De patiënt krijgt te horen hoe de therapeut vanuit zijn vakkennis tegen diens problemen aankijkt en op welke wijze hij meent dat die problemen het beste kunnen worden beïnvloed. De therapeutische relatie is daarbij een hulpmiddel, geen doel op zich. Die relatie moet immers ten dienste staan van een heldere communicatie en zij moet de patiënt helpen en stimuleren om de therapeutische taken waarvoor die staat met zo groot mogelijke inzet uit te voeren. De therapeut moet daarin een balans zien te vinden tussen zakelijke deskundigheid en emotionele betrokkenheid. Met deskundigheid tracht de therapeut de patiënt op het juiste pad naar verandering te zetten. Zijn betrokkenheid stelt hem in staat om te begrijpen dat het voor de patiënt niet altijd gemakkelijk is om dat pad te blijven volgen. Vanuit dat begrip zal het doorgaans lukken om de patiënt toch adequaat te stimuleren en te helpen om zich voor de behandeling te blijven inzetten.

paradoxaal
interventies

Er is één situatie waarbij het principe van transparantie enig geweld kan worden aangedaan. Bij uitzondering wordt in 'geïntegreerde cognitieve gedragstherapie' gebruikgemaakt van 'paradoxaal interventies' (Van Dyck, 2010). Bij dergelijke interventies is het voor de patiënt vooraf niet altijd duidelijk wat de bedoelingen zijn van de handelwijze van de therapeut. Maar van paradoxaal interventies wordt slechts gebruikgemaakt in gevallen waar van een meer congruente werkwijze te weinig soelaas mag worden verwacht (zie 16.4.3).

psychologische
wetenschap

Met *wetenschappelijke (klinische) psychologie* wordt bedoeld dat de methoden die een cognitief gedragstherapeut gebruikt, zijn gebaseerd op kennis uit de psychologische wetenschap. Hoewel sommige emotionele problemen dikwijls heel goed kunnen worden opgelost door aardig te doen tegen de betrokkene, door hem gezelschap te houden, door hem geld te geven of door diens tuin te verzorgen of huis op te knappen, zijn deze methoden geen psychotherapie (zie ook Abraham, Van Audenhove, Van Dijk, Haans, Heuves, 2003). Ze zijn geen procesmatige toepassing van kennis uit de (klinisch) psychologische wetenschap.

Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie wil inzichten in de wetenschappelijke (experimentele) psychologie vertalen naar de klinische praktijk. Daar zit wel een lastigheid aan: experimenteel psychologische kennis is doorgaans gekwalificeerd en tijdelijk. Bestaande inzichten gelden alleen binnen bepaalde randvoorwaarden en worden geregeld

vervangen door nieuwe, beter passende inzichten. Twijfel, voorzichtigheid en nuance zijn binnen de experimentele psychologie noodzakelijke voorwaarden om kennis verder te verdiepen en uit te breiden, terwijl de urgentie in de klinische situatie (er is een patiënt met ernstige emotionele problemen waarvoor op relatief korte termijn een oplossing moet worden gevonden) dikwijls weinig ruimte voor zo'n opstelling laat. Er bestaat dan ook een zeker spanningsveld tussen de kliniek en de wetenschap. In het algemeen geldt dat academische kennis doorgaans reductivistisch is, terwijl de praktiserende psychotherapeut die kennis in een holistische context moet inpassen (Lazarus, 1999). Clinici maken soms keuzes in de vertaling van wetenschap naar klinische praktijk die in de ogen van de wetenschapper te voorbarig kunnen zijn. Dergelijke keuzes moeten, voor het welzijn van de patiënt, toch worden gemaakt.

spanningsveld
tussen de kliniek en
de wetenschap

Effectief verwijst naar het streven om zo veel mogelijk die therapeutische methoden toe te passen waarvan in gedegen wetenschappelijk onderzoek is aangetoond dat ze werken. Sommige cognitieve gedragstherapeuten (Veeninga, 2007) en een groter aantal inzichtgevende psychotherapeuten (Takens, 2003; Vanheule, 2008; Hutschemaekers & Van Nijnatten, 2008) hebben de neiging om de waarde van evidence-based behandelingen te bagatelliseren. Patiënten in effectstudies zouden, volgens deze critici, atypische patiënten zijn die in de echte praktijk zelden of nooit worden ontmoet, en de gevonden effectiviteit zou eerder een weerspiegeling zijn van de voorkeuren van de onderzoekers dan van de feitelijke superioriteit van de onderzochte interventie. Toch wordt het steeds meer vanzelfsprekend geacht om patiënten in de eerste plaats die behandeling te geven waarvan men op grond van gecontroleerd onderzoek weet dat hij doorgaans effectief is (Keijsers, Verbraak, Ten Broeke & Korrelboom, 2009).

evidence-based
behandelingen

Emotionele en/of gedragsproblemen heeft betrekking op de noodzaak dat er sprake moet zijn van lijden. Cognitieve gedragstherapie probeert patiënten die emotioneel lijden te helpen. Dit uitgangspunt stelt grenzen aan inclusie en doelstellingen en stelt voorwaarden aan ethiek en bejegening. Waar in dit boek wordt gesproken over effectiviteit gaat het steeds om de effectiviteit in het verminderen van emotionele problemen die als een ziekelijke stoornis kunnen worden beschouwd. Waar het gaat om tevredenheid met de behandeling, wordt bedoeld dat patiënten met zulke emotionele stoornissen de therapie en/of de behandelaar als positief ervaren. Om deze redenen wordt in dit boek consequent gesproken van *patiënt* en niet van *cliënt*. Aan een *cliënt* kunnen zonder gegronde redenen diensten worden geweigerd. Eisen ten aanzien van zorgzaamheid en zorgvuldigheid liggen aanzienlijk strenger tegenover een *patiënt*.

emotioneel lijden

cliënt

patiënt

1.3 Psychotherapie, cognitieve gedragstherapie en psychologische hulpverlening; een zeer beknopte geschiedenis

strijd en
concurrentie tussen
methodieken

De geschiedenis van de moderne psychotherapie wordt al meer dan vijftig jaar gekenmerkt door het naast elkaar bestaan van diverse scholen. Deze hebben zich doorgaans in reactie op elkaar ontwikkeld en zijn vervolgens betrekkelijk zelfstandig verder geëvolueerd. Men richtte eigen wetenschappelijke verenigingen en eigen opleidingen op en men organiseerde eigen congressen, die over het algemeen weinig ruimte boden aan en weinig uitnodigend waren voor andersdenkende psychotherapeuten. De ontwikkeling van de psychotherapie werd aanvankelijk gekenmerkt door strijd en concurrentie tussen de verschillende scholen en niet door samenwerking en synergie. Hierna wordt de ontwikkeling van de moderne psychotherapie in drie periodes ingedeeld: de beginfase (van rondom 1900 tot ongeveer 1970); de consolidatiefase (van ongeveer 1970 tot ongeveer 2000) en de huidige fase (van ongeveer 2000 tot heden).

1.3.1 De beginfase (ongeveer tussen 1900 en 1970)

opkomst van de
psychoanalyse

Reeds in de Griekse Oudheid kan men aanzetten herkennen tot wat wij nu psychotherapie noemen. Nadat Philippe Pinel rondom 1800 de 'geken in de gekkenhuizen' van hun ketenen had bevrijd en de eerste aanzet had gegeven tot de 'morele' (dat wil zeggen 'niet-medische' en 'niet-fysieke') behandeling van geesteszieken, begint de 'moderne tijd' in de psychotherapie pas echt rond 1900, met de opkomst van de psychoanalyse. Binnen de psychoanalyse werden voor het eerst het beleven van de patiënt en diens individuele ontwikkelingsgeschiedenis centrale thema's in de behandeling. Ook aan de specifieke relatie tussen patiënt en behandelaar werd binnen de psychoanalyse, anders dan voorheen, een bijzondere waarde toegekend. Het uitoefenen van de therapie was een elitaire aangelegenheid. Er waren relatief weinig patiënten en weinig therapeuten en men kon in betrekkelijke rust zijn gang gaan in de beslotenheid van de behandelkamer; de maatschappij keek niet of nauwelijks mee.

cliëntgerichte
psychotherapie
gedragstherapie

Pas in de jaren vijftig en, vooral, zestig van de twintigste eeuw kwamen de cliëntgerichte psychotherapie en de gedragstherapie als serieuze concurrenten naar voren. Deze opkomst hing samen met toenemende onvrede over de psychoanalyse, met de groeiende invloed van psychologen binnen de geestelijke gezondheidszorg en met de aanzwellende emancipatie van de maatschappij (Eelen, 1983; Benjamin, 2005). Psychotherapie moest toegankelijk worden voor grote groepen van de bevolking, en de psychoanalyse met zijn langdurige, intensieve en daardoor kostbare behandelingen was daar niet de meest ideale methode voor. In dezelfde periode en iets later ontwikkelden zich de cognitieve therapie, de systeemtherapie en, in mindere mate, de gestalttherapie als belangrij-

cognitieve therapie
systeemtherapie
gestalttherapie

ke therapiescholen. Binnen en tussen al deze scholen ontstond een ware wildgroei van allerlei varianten op en alternatieven voor deze ‘grote’ methodieken. Zo ontstonden *transactionele analyse*, *rebirthing*, *sensitivity training*, *primal scream* en nog vele andere soorten therapie.

Hoewel ook de interne ontwikkeling van de psychoanalyse bepaald niet zonder conflicten verliep, begon de echte strijd pas met de opkomst van de concurrenten van de psychoanalyse. Nadat Eysenck had beweerd dat de effectgrootte van (inzichtgevende) psychotherapie nergens die van spontaan herstel te boven ging, terwijl gedragstherapie juist wel effectief was (Eysenck, 1952), is het lange tijd niet meer goed gekomen tussen de gedragstherapie en de inzichtgevende psychotherapieën (zie ook Wampold, 2013). Inzichtgevende therapeuten beschuldigden de gedragstherapie ervan dat deze patiënten beschouwt als laboratoriumratten bij wie slechts een verschuiving van symptomen kan worden bewerkstelligd. Gedragstherapeuten verweten hun inzichtgevende collega's dat zij uitgaan van onbewezen en onwetenschappelijke theorieën en dat zij patiënten misschien wel tot een soort inzicht over zichzelf weten te brengen, maar dat zij nauwelijks enige relevante vermindering van de klachten realiseren.

spontaan herstel

Diverse onderzoeken werden uitgevoerd om na te gaan welke claims de toets van de empirie konden doorstaan en welke niet. De inzichtgevende verwijten met betrekking tot symptoomverschuiving en een onmenselijke therapeutische relatie konden dat niet en dat gold ook voor de door gedragstherapeuten veronderstelde onwerkzaamheid van inzichtgevende therapieën (Sloane, Staples, Cristol, Yorkston & Whipple, 1975). In de meeste onderzoeken over ongedifferentieerde groepen patiënten bleken inzichtgevende therapieën en gedragstherapie ongeveer even effectief te zijn (Smith, Glass & Miller, 1980). De huidige machtspositie van cognitieve gedragstherapie (CGT) als de evidence-based psychologische behandelmethode voor emotionele stoornissen is meer gebaseerd op de overdaad aan kwalitatief sterke effectstudies die vanuit deze methode zijn uitgevoerd, dan op het feit dat CGT in directe vergelijkingen met inzichtgevende therapieën stevast het meest effectief bleek te zijn. Dat laatste is namelijk niet het geval (Boswell, Sharpless, Greenberg, Heatherington, Huppert, 2011). Beroemd (en berucht) is dan ook het Dodo-verdict dat men aan de uitkomsten van de eerste meta-analyses verbond: *'All have won and must have prizes.'* (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975).

Dodo-verdict

1.3.2 De consolidatiefase (ongeveer tussen 1970 en 2000)

Het vermoeden dat de verschillende psychotherapieën ongeveer even effectief waren, heeft tot twee soorten opvattingen geleid. In de ene, vooral uitgedragen door Frank (1984), werd ervan uitgegaan dat die

common factors- theorie

vergelijkbare effectiviteit moest worden toegeschreven aan een aantal factoren die alle therapieën gemeenschappelijk zouden hebben. Volgens zijn *common factors*-theorie kent iedere effectieve behandeling (waarbij volgens Frank ook, bijvoorbeeld, voodoo en winti als behandelingen moesten worden gekenschetst) ten minste de volgende ingrediënten:

- de therapie vindt plaats binnen een intense en vertrouwelijke relatie waarin de patiënt een zekere afhankelijkheid ten opzichte van de behandelaar ontwikkelt;
- er bestaat een officiële context waarin de verwachting heerst dat genezing zal plaatsvinden;
- de behandeling verloopt volgens een rationale die de klachten van de patiënt verklaart en die voor hem geloofwaardig is;
- de behandeling kent een procedure die of ritueel dat op die rationale voortborduurde en die een actieve inzet vragen van patiënt en therapeut.

integratieve psychotherapie

In eerste instantie is de invloed van Franks common factors-theorie op de psychotherapeutische praktijk niet erg groot geweest. Dat kwam pas later bij de opkomst van de moderne integratieve psychotherapie. Deze benadering streeft ernaar om vanuit een schooloverstijgend perspectief steeds die psychotherapeutische methodieken te gebruiken die op dat moment het beste passen bij de problematiek van de betreffende patiënt, ongeacht de school waarbinnen deze methodieken zijn ontwikkeld (zie 1.3.3) (Colijn et al., 2009).

complementariteit van psycho- therapieën

Een tweede opvatting die voortkwam uit het vermoeden dat alle psychotherapieën ongeveer even effectief zijn, had betrekking op de complementariteit van de verschillende benaderingen. Men meende dat voor de ene patiënt de ene benadering de beste zou zijn, terwijl bij een andere juist weer een andere psychotherapeutische methode het beste zou aansluiten. Mislukkingen en successen van de verschillende methoden zouden tegen elkaar worden weggestreept, waardoor de over het geheel geobserveerde equivalente effectiviteit zou worden verklaard. Wanneer men ervoor zou zorgen dat iedere patiënt de juiste soort psychotherapie zou krijgen, zouden optimale behandelresultaten zijn gegarandeerd.

vreedzame coëxistentie van therapiemethodes

Samen met de toenemende welvaart en de maatschappelijke acceptatie van psychotherapie leidde deze laatste opvatting tot een periode van betrekkelijke rust. De drie 'grote scholen'¹, regelmatig aangevuld met systeemtherapie als vierde, vonden hierin een goede basis voor vreedzame coëxistentie. Iedereen had zijn eigen speelterrein en bemoeide zich niet al te veel met elkaar. De afdelingen psychotherapie van de Regionale instellingen voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg (Riagg's) namen voldoende psychotherapeuten uit de drie of vier bekende hoofdstromingen in dienst, waarna voor iedere aangemelde patiënt na een multimethodische intakeprocedure door een multimethodische intake-